

## ANEXO III

<p style="text-align: center;"><b>CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR</b> <b>PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A - COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL</b> <b>REGULAMENTO</b></p>
---

### I. OBJETIVOS E NATUREZA DOS PRÉ-REQUISITOS

- I.1. Os pré-requisitos exigidos para acesso aos cursos constantes do Grupo A visam comprovar a capacidade de comunicação interpessoal dos candidatos, adequada às exigências do curso.
- I.2. O pré-requisito é de seleção, sendo o respetivo resultado expresso em Apto ou Não Apto, não influenciando no cálculo da nota de candidatura ao ensino superior.

### II. FORMA DE COMPROVAÇÃO

- II.1. Declaração médica, de modelo anexo III.1 ao presente Regulamento, emitida após verificação da condição de APTO, na sequência de resposta a um Questionário Individual de Saúde, de modelo anexo III.2 ao presente Regulamento. O Questionário Individual de Saúde constitui documento sujeito a sigilo, devendo ficar na posse do médico, ou dos serviços de saúde que atestarem a capacidade de comunicação interpessoal dos candidatos.
- II.2. Quando assim for entendido pelas instituições de ensino superior, o acesso a cursos de Terapia da Fala e Terapêutica da Fala está igualmente sujeito à entrega de uma declaração, nos termos definidos pela Instituição e aprovados pela CNAES, comprovativa da “ausência de perturbações de linguagem ou fala” e do domínio da língua portuguesa tal como é falada e escrita em Portugal. A referida declaração deverá ser entregue pelo candidato no ato da matrícula no ensino superior, no par instituição/curso que a exija, caso ali venha a obter colocação, sendo condição indispensável para a realização da matrícula no ensino superior.
- II.3. Quando assim for entendido pelas instituições de ensino superior, o acesso a cursos de Imagem Médica e Radioterapia está igualmente sujeito à entrega de uma declaração médica, nos termos definidos pela Instituição e aprovados pela CNAES, comprovativa de que “o candidato não possui dispositivos metálicos ou prótese interna ferromagnética, que possa colocar em causa a frequência do curso bem como a sua conclusão”.
- II.4. Quando assim for entendido pelas instituições de ensino superior, o acesso a cursos de Audiologia está igualmente sujeito à entrega de uma declaração, nos termos definidos pela Instituição e aprovados pela CNAES, comprovativa da “ausência de perturbações auditivas (critérios B.I.A.P.), que interfiram com a aprendizagem ou prática no curso. A referida declaração deverá ser entregue pelo candidato no ato da matrícula no ensino superior, no par instituição/curso que a exija, caso ali venha a obter colocação, sendo condição indispensável para a realização da matrícula no ensino superior.

**CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR**  
**PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A - COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**  
**REGULAMENTO**

**ANEXO III.1**

**DECLARAÇÃO MÉDICA**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

BI/CC n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Validade |\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|

Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**FACE À INFORMAÇÃO MÉDICA RECOLHIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE, QUE SE CONSTITUI COMO ANEXO III.2 DO REGULAMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A, DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA GRAVEMENTE COM A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA**

Emitido em |\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| \_\_\_\_\_

(colocar carimbo ou vinheta)

O Médico \_\_\_\_\_

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_

**CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR**  
**PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A - COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**  
**REGULAMENTO**

**ANEXO III.2**

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE**

(composto por 2 páginas em frente e verso)

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Data de Nascimento |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

BI/CC n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Validade |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Estado Civil \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal |\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_| Localidade \_\_\_\_\_

Telefone n.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:**

- a) Bilhete de Identidade;**
- b) Boletim Individual de Saúde atualizado em relação à vacina antitetânica e hepatite B;**
- c) Radiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.**

**O presente questionário constitui documento sujeito a sigilo,  
devendo ficar na posse do médico ou dos serviços de saúde.**

**CANDIDATURA AO ENSINO SUPERIOR**  
**PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A - COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**  
**REGULAMENTO**

**QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE**

**1. SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO** - Ausência de deficiência motora permanente, congénita, ou adquirida, com repercussão na aprendizagem \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. VISÃO** – Ausência de deficiência visual permanente bilateral – cegueira e baixa visão

Acuidade visual \_\_\_\_\_

Sem correção \_\_\_\_\_

Com correção \_\_\_\_\_

Senso cromático (ausência de daltonismo) \_\_\_\_\_

**3. AUDIÇÃO** – ausência de deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo

Perda auditiva \_\_\_\_\_

Sem correção \_\_\_\_\_

Com correção \_\_\_\_\_

**4. OLFATO**

**5. SENSIBILIDADE (TÁCTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)**

**6. SISTEMA NEURO-MUSCULAR**

Coordenação \_\_\_\_\_

Movimentos involuntários \_\_\_\_\_

Alteração da linguagem e da fala \_\_\_\_\_

Défice motor \_\_\_\_\_

Atrofia muscular \_\_\_\_\_

**7. COMPORTAMENTO**

Alterações de comportamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL**

Atenção \_\_\_\_\_

Coerência do discurso \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

**9. MEDICAÇÃO HABITUAL**

**10. OBSERVAÇÕES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONCLUSÕES:**    **APTO**    |\_\_| (a inscrever em declaração médica autónoma)    **NÃO APTO**    |\_\_|

**O MÉDICO**

Emitido em \_\_\_\_\_|\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_